

# NOTIFICACION DE NEGACION/ DESCALIFICACION DEL PROGRAMA DE CALIFORNIA PARA LA ASISTENCIA ALIMENTARIA EN RELACION A LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA

CONDADO DE \_\_\_\_\_

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

FECHA DE LA NOTIFICACION : \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CASO : \_\_\_\_\_  
NUMERO NOMBRE DEL TRABAJADOR : \_\_\_\_\_  
NUMERO : \_\_\_\_\_  
TELEFONO : \_\_\_\_\_  
DIRECCION : \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

**Audiencia con el estado:** Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Sus beneficios no cambiarán si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

El Condado está tomando la siguiente acción porque \_\_\_\_\_ no cumplió con las reglas de trabajo del Programa de California para la Asistencia Alimentaria (CFAP) en relación a las estampillas para comida.

A partir de \_\_\_\_\_,

- a \_\_\_\_\_ se le niegan las estampillas para comida.
- a \_\_\_\_\_ se le descalifica del Programa de Estampillas para Comida.
- la cantidad de estampillas para comida se cambiará de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ para su grupo de personas que viven juntas y compran y preparan su comida juntas.
- Otra: \_\_\_\_\_

Para volver a recibir estampillas para comida, \_\_\_\_\_ tiene que reunir los requisitos. Para reunir los requisitos, esta persona tiene que:

- estar exenta de las reglas de CFAP relacionadas al trabajo, o
  - tomar una acción para que se termine la descalificación o la negación.
  - En cualquier momento, usted puede tomar una acción para que se termine esta descalificación.
  - Sólo después de \_\_\_\_\_ puede tomar una acción para que se termine esta descalificación.
- Puede terminar esta descalificación en cualquier momento si se le exenta de cumplir con las reglas de trabajo.

Si su grupo de personas que viven juntas y compran y preparan su comida juntas tuvo otros cambios, recibirá otra notificación.

## RAZON POR LA CUAL SE DESCONTINUAN O SE NIEGAN LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA

## COMO SE PUEDEN OBTENER LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA

- |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No fue a una cita/<br>No nos dio la información que le pedimos.                                                          | Llámenos/<br>Denos la información que le pedimos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> No fue a un trabajo.                                                                                                     | Vaya al trabajo si todavía está disponible o vaya a otro trabajo al que le envíen.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> No aceptó un trabajo.                                                                                                    | Acepte el trabajo si todavía está disponible o encuentre otro trabajo. El otro trabajo tiene que ser de al menos 30 horas por semana o el salario por semana tiene que ser igual al: <ul style="list-style-type: none"> <li>• salario del trabajo que no aceptó, o</li> <li>• salario mínimo federal establecido por la ley, multiplicado por 30.</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> Cambió el número de horas que trabaja a menos de 30 horas por semana.                                                    | Aumente las horas que trabaja por lo menos a 30 horas por semana.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Renunció a su trabajo.                                                                                                   | Regrese al trabajo si todavía está disponible, o encuentre otro trabajo que por lo menos pague lo mismo o tenga las mismas horas que el trabajo al que renunció.                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> No cumplió con las reglas relacionadas con el requisito de participar en un programa de "welfare to work" de CalWORKs**. | Empiece a cumplir con esas reglas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> No fue a donde lo enviamos: a buscar trabajo, a su asignación de trabajo, a la escuela, ni a entrenamiento.              | Empiece a hacer lo que le asignamos. Llame o venga a vernos. Nosotros le diremos qué hacer.                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Otra:                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Es posible que la persona cuyo nombre aparece arriba también tenga que cumplir con la regla de CFAP relacionada al trabajo para las personas que no reciben asistencia monetaria. Si esa persona no es elegible para estampillas para comida debido a que no ha cumplido con esa regla durante el suficiente número de meses para continuar recibiendo estampillas para comida, se le enviará otra notificación en la cual se le indique lo que tiene que hacer para recibir estampillas para comida otra vez.

REGLAS: Las siguientes reglas son pertinentes; las puede revisar en la oficina de bienestar público:

MPP  63-407  63-408  63-410  W&IC 18932(a)  All County Letter 99-78  Otra: \_\_\_\_\_

## SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el condado le dio o envió esta notificación.

Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), estampillas para comida, o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus estampillas para comida no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, estampillas para comida o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación: Sí, reduzcan o paren:

Asist. monetaria     Estamp. para comida     Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a: Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo pararían, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el condado le pague para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solamente pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

## OTRA INFORMACION

**Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal:** Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

**Mantenimiento de niños y/o en relación al cuidado de la salud:** La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar mantenimiento de hijos, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al condado.

**Planificación familiar:** La oficina de bienestar le dará información cuando usted la pida.

**Expediente de audiencia:** Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos (**Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&I].**)

## PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- **Envíe o lleve esta hoja a:**

O

- **Llame gratuitamente al: 1-800-952-5253.** Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD\* pueden llamar al **1-800-952-8349.**

**Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba.**

Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

**Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.**

## PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de \_\_\_\_\_ acerca de mi(s):

Asistencia monetaria     Estampillas para comida     Medi-Cal

Otro (anote) \_\_\_\_\_

**La razón es la siguiente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.**

Necesito que el estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O PARARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO    NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD    ESTADO    CODIGO POSTAL

FIRMA    FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO    NUMERO DE TELEFONO

**Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)**

NOMBRE    NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD    ESTADO    CODIGO POSTAL